# 健康診断および保健指導における アルコール健康障害への早期介入に関するガイドライン

## 過剰飲酒によるアルコール健康障害

**過剰飲酒者への介入を意識した 適切な健診後の保健指導実施**

**健康経営に直結!**

- アルコール健康障害
- 社会的問題
- 労働災害
- 労働生産性 ↑
- 医療費

## ●みつける

過剰飲酒者を同定

1) 飲酒頻度×飲酒量
2) 健診結果（採血、身体測定等）

（※）これらの量は個々人の許容量の上限を示したものではない。

| 男性 | 20g未満 | 20～40g未満 | 40～60g未満 | 60～100g未満 | 100g以上 |
|---|---|---|---|---|---|
| 毎日 | | | 生活習慣病等のリスクを高める量を飲酒している者 | | |
| 週5～6日 | | | | | |
| 週3～4日 | | | | | |
| 週1～2日 | | | | 追加 | |
| 月1～3日 | | | | | |

| 女性 | 20g未満 | 20～40g未満 | 40～60g未満 | 60～100g未満 | 100g以上 |
|---|---|---|---|---|---|
| 毎日 | | 生活習慣病等のリスクを高める量を飲酒している者 | | | |
| 週5～6日 | | | | | |
| 週3～4日 | | | | | |
| 週1～2日 | | | | 追加 | |
| 月1～3日 | | | | | |

過剰飲酒者の目安（標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度）を参考に作成（※））

## ●かかわる 特定健診の積極的支援に準じた支援の目安と介入効果

| 初回面接 | 継続的支援：電話、メール、面接 | | 実績評価：電話、メール、面接 | 支援が必要な場合は3か月経過後もフォローアップ |
|---|---|---|---|---|
| | 1か月 | 2か月 | 3か月 | |
| ・アセスメント<br>・リスク説明<br>・目標設定<br>・今後のスケジュール確認 | ・電話、メール、面接にて実施<br>・飲酒状況、目標達成状況を確認<br>・必要に応じて、目標を修正 | | ・飲酒状況、目標達成状況を確認<br>・継続支援が必要な場合、支援期間を延長<br>・受診勧奨値の項目や飲酒習慣の改善がみられず、受診が必要な場合は本人と相談しながら受診を勧める | |

| 高血圧 | 脂質異常症 | 肝機能障害 |
|---|---|---|
| 減酒指導 | 減酒を含めた指導介入 | 肝機能障害の採血結果に基づく指導 |
| 21～32g/日減酒<br>収縮期4～12㎜Hg低下<br>拡張期2～8㎜Hg低下 | 中性脂肪175→108mg/dl、<br>LDL-C149→128mg/dl | 約16g/日減酒<br>γ-GTP20IU/l 減少 |

注：日本人対象の研究および海外の研究、飲酒量は純アルコール量で表記

## ●つなぐ 医療連携、地域連携ガイドライン参照

# 医療機関でのアルコール健康障害への早期介入と専門医療機関との円滑な連携に関するガイドライン

## 200以上のアルコール健康障害

| | 疾患名 | 飲酒量（純アルコール量（g）） 男性 研究結果 | 男性 (参考) | 女性 研究結果 | 女性 (参考) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 脳卒中（出血性） | 150g/週 | (20g/日) | 0g< | |
| 2 | 脳卒中（脳梗塞） | 300g/週 | (40g/日) | 75g/週 | (11g/日) |
| 3 | 虚血性心疾患・心筋梗塞 | ※ | | ※ | |
| 4 | 高血圧 | 0g< | | 0g< | |
| 5 | 胃がん | 0g< | | 150g/週 | (20g/日) |
| 6 | 肺がん（喫煙者） | 300g/週 | (40g/日) | データなし | |
| 7 | 肺がん（非喫煙者） | 関連なし | | データなし | |
| 8 | 大腸がん | 150g/週 | (20g/日) | 150g/週 | (20g/日) |
| 9 | 食道がん | 0g< | | データなし | |
| 10 | 肝がん | 450g/週 | (60g/日) | 150g/週 | (20g/日) |
| 11 | 前立腺がん（進行がん） | 150g/週 | (20g/日) | データなし | |
| 12 | 乳がん | データなし | | 100g/週 | (14g/日) |

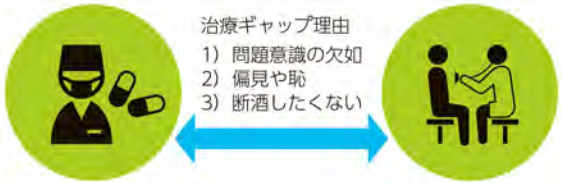
注：「研究結果」欄の数値は文献に基づき、これ以上の飲酒で発症等のリスクが上がると考えられるもの。
「参考」欄は研究結果を元に仮に7で除した参考値（概数）。
「0g<」は少しでも飲酒をするとリスクが上がると考えられるもの。
「データなし」は純アルコール量と関連する研究データがないもの。
「※」は現在研究中。すべて日本人に対する研究に基づく。

## アルコールの社会的影響

- 飲酒運転
- 不慮の事故
- 暴力
- 自殺・自死

## 治療ギャップの存在

治療が必要と思われる状態だが相談機関や専門の医療機関に受診できていない状態




## 切れ目のない支援のために有効なSBIRTS（エスバーツ）

### 過剰飲酒者のスクリーニングおよび介入を意識した診療

### ふるい分け Screening

飲酒頻度×飲酒量で過剰飲酒者を同定

右図　健康日本21（第三次）及びWHOガイドラインで規定されている飲酒による生活習慣病のリスク評価に加えて、一時多量飲酒の該当部分を追加（黄色箇所）これらの量は個々人の許容量の上限を示したものではない。

過剰飲酒者の目安

### 簡易介入 Brief Intervention

簡易介入の内容の例

- 普段の飲酒についての振り返り
- 飲酒量へのフィードバック（推奨飲酒量と普段の自分の飲酒量の比較、その飲酒量がもたらす将来の健康リスク）
- 飲酒のリスクや減酒の利点に関する情報提供
- 現在の飲酒量を減らすための計画と目標設定 など

簡易介入の効果（推計値）

純アルコール 5.4グラム/日の減酒 → 死亡や健康寿命損失 4.5%低下

注：日本人対象の研究

純アルコール 96グラム→76グラムの減酒 → 死亡率が半減（180人→90人/10万人）

注：海外の研究

### 治療ギャップ改善のための対応

### 紹介 Referral to Treatment and Self-help groups

1．どの患者を紹介するのか？
- アルコール依存を疑う患者（AUDIT、ICD-10/11）
- 行動が変えられず健康障害や社会問題が持続・悪化する
- 精神疾患の合併を疑う過剰飲酒の患者

2．どこに紹介するのか？
- 精神保健福祉センター
- アルコール専門医療機関・治療拠点機関
- 自助グループ（断酒会、AAなど）

3．どのように紹介するのか？
- 医療機関から帰宅前に予約（入院中なら退院前に受診）
- 家族が同席し、支援者となってもらう(家族が協力的な場合)
- 専門家を、非常に信頼している先生・スタッフだと明言
- 紹介が患者予後・QOLを向上させると医療者が強く信じる

アルコール依存症候群の診断（ICD-11） 下の2つ以上が明らか

1．コントロール障害(飲酒の開始や持続時間、終了、また飲酒頻度、飲酒量、状況)
2．飲酒中心の生活（アルコール使用を優先：人間関係、仕事や学業、健康への影響にもかかわらず飲酒）
3．生理学的特性（離脱症状や耐性）

上記の特徴は一般的に12ヵ月以上続くが、3ヶ月ほぼ毎日飲酒していれば診断しても良い。

紹介がうまくいかなかった時の対応

1．患者の判断を評価
2．再紹介の動機づけ
3．非専門医にできることを実施
4．関係を途切れさせない

# 地域におけるアルコール関連問題への対応と医療との円滑な連携に関するガイドライン

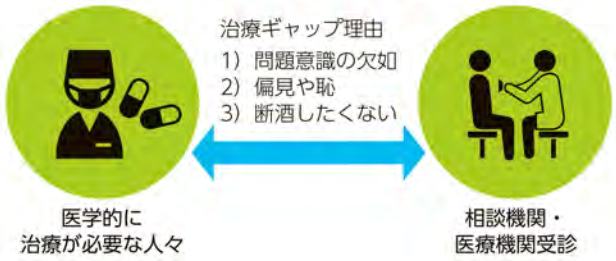
## 様々な領域で生じるアルコール関連問題

## アルコール関連問題の背景にあるアルコール健康障害

- アルコール依存症
- 有害な飲酒（心身へ悪影響）
- 危険な飲酒（飲み過ぎ）

## 治療ギャップの存在

治療が必要と思われる状態だが相談機関や専門の医療機関に受診できていない状態




## ●可能性に気づく

対応している課題
住民の困りごと

- アルコール関連問題ではないか？
- 過剰な飲酒をしていないか？
- 背景にアルコール健康障害がないか？

## ●適切に関わる

**適切な紹介先の知識**

- 精神保健福祉センター
- 保健所
- アルコールに詳しい内科等の医療機関
- アルコール依存症拠点医療機関 / 専門医療機関

**適切なコミュニケーションの取り方**（治療ギャップ理由に配慮）

- 課題の明確化
- 偏見や恥の気持ちに配慮
- 断酒ではなく減酒を治療のきっかけに

**適切な重症度**（問題の深刻度）

- 徐々に課題・困りごとが複雑・深刻化
- できる限り早期からアルコール関連問題・健康障害に対処

## ●無理なく関わる

- 簡単にはあきらめない
- 無理のない範囲で継続的に関わる

本人
家族
支援者

## ●必要に応じたシステム化

- 条例や社内規定制定（飲酒運転対策）
- 連携会議（対応困難事例の相談・議論）

→ 支援者負担を軽減する対応